

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jules SAMAMA

Né le 23 décembre 1911, à Tunis (Tunisie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA CELLULITE PELVIENNE
« FIBROÏDE »

SON ÉVOLUTION AU COURS
DE LA GROSSESSE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jules SAMAMA

Né le 23 décembre 1911, à Tunis (Tunisie)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LA CELLULITE PELVIENNE
« FIBROÏDE »

SON ÉVOLUTION AU COURS
DE LA GROSSESSE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

A MELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 E ITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A CELUI QUI FUT POUR MOI UN VÉRITABLE PÈRE

M. JOSEPH COHEN

En remerciement de tous les lourds sacrifices qu'il s'est imposés pour faire de moi un médecin. Qu'il me soit permis de lui apporter ici l'hommage de ma reconnaissance émue et de mon amour profond.

A MA MÈRE

Rare exemple de bonté et de dévouement, je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de ma piété filiale. Toute ma tendresse et ma reconnaissance.

A MA SŒUR

Mon indéfectible affection.

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ

A TRAVERSER LES MOMENTS DIFFICILES

L'expression de ma profonde gratitude.

A MES GRANDS-PARENTS

Mon amour sincère.

A MES ONCLES ET TANTES

Affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique d'accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Hommage
très respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur-accoucheur en chef honoraire à la Maternité

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé de ses précieux conseils
dans son élaboration.*

*Respectueux hommage de reconnaissance
et de profonde déférence.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Chef de Service à la Maternité de Bretonneau

*Qu'il veuille bien trouver ici un faible
témoignage de notre affectueux respect et
de notre reconnaissance pour sa haute
bienveillance et pour l'intérêt qu'il nous
porte.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR THALHEIMER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Avec nos remerciements pour la bien-
veillance qu'il nous a toujours manifestée.*

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

LA CELLULITE PELVIENNE

« FIBROÏDE »

Introduction.

Dans cette thèse nous nous proposons d'étudier une forme particulière de cellulite pelvienne que M. Le Lorier a dénommé avec juste raison « fibroïde », ce qui signifie qu'elle revêt à l'examen clinique une allure fibreuse, mais étant donnée son évolution ultérieure elle ne l'est pas histologiquement, du moins on le suppose, car il n'y a pas eu de biopsie de faite.

Nous envisagerons son rapport avec la grossesse à la faveur de trois observations : la première, de M. Le Lorier, dans laquelle il s'agissait d'une primipare sans antécédent pathologique pelvien, les deux autres, de M. A. Fruhinsholz, qui concernaient deux multipares ayant présenté chacune une phlébite double à l'occasion de la gestation précédente.

Mais, dans tous ces cas, la cellulite fibroïde constituait un risque dystocique certain, risque qui diminuait au fur et à mesure que la grossesse évoluait, car cette cellulite fondait littéralement et permettait par la suite un accouchement normal.

Jusqu'à preuve du contraire nous croyons que

cette forme de cellulite doit correspondre à un stade de l'évolution cellulitique : le stade pré-scléreux. C'est pourquoi il nous a paru utile de faire dans la première partie de ce travail l'étude assez complète de la cellulite pelvienne en général.

Dans la deuxième partie, nous étudierons la cellulite « fibroïde » et son évolution particulière quand elle se trouve associée à une grossesse. Nous essaierons ensuite de dégager les conclusions qui nous sembleront les meilleures.

Historique.

C'est K. Viderström, doctoresse suédoise, qui, en 1891, mentionne pour la première fois la cellulite pelvienne. En France, jusqu'à cette date, la cellulite était connue cliniquement, mais les auteurs n'étaient pas d'accord sur son origine et sur le rôle du tissu conjonctif.

Gendrin, Norrat (1850), Valleix étudièrent longuement les inflammations péri-utérines. Bermutz et Goupil (1852) refusent toute espèce de rôle au tissu cellulaire et prétendent que l'inflammation péri-utérine doit être attribuée à des inflammations du péritoine pelvien péri-utérin.

Aran, au contraire, accorde une part prépondérante au tissu cellulaire dans l'inflammation péri-utérine. Mais c'est Stapfer, en 1893, qui parle le premier en France des cellulites et qui en fait un syndrome commun des maladies des femmes.

En 1896, Richard Høegner décrit la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies de la femme.

En 1897, Stapfer reprend la description des œdèmes cellulitiques dont il fait une pré-sclérose, sans preuves anatomiques toutefois.

En 1898, Geoffroy Saint-Hilaire reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, en fait l'étude et définit la cellulite comme une « pré-sclérose ».

En 1899, Krikortz, Suédois, rattache la cellulite à la diathèse arthritique.

En 1909, Wetterwald fait de la cellulite la source de la plupart des névrites et névralgies *sine materia*. Il croit que les altérations du tissu cellulaire ont pour origine un trouble de la nutrition.

En 1911, Lutikoff, dans sa thèse, expose les résultats du traitement kinésique par la méthode de Brandt-Stapfer de la cellulite abdomino-pelvienne.

En 1923, Alquier fait jouer un rôle capital à l'engorgement lymphatique et aux troubles de la nutrition générale dans le développement de la cellulite.

En 1928, M^{lle} Hirsch, dans sa thèse, étudie la cellulite de la ménopause.

En 1930, Pouliot fait un essai de classification et de thérapeutique des cellulites pelviennes.

En 1932, Jeanne Stuhl, dans sa thèse, étudie la cellulite pelvienne et montre le rôle primordial joué par la kinésithérapie dans cette affection, au double point de vue diagnostic et thérapeutique.

En 1937, M. Le Lorier publie deux cas de cellulite, l'une pelvienne, l'autre sous-cutanée thoracique en rapport chacune avec une grossesse. La même année, M. Fruhinsholz, à la suite des deux observations précédentes, publie également deux cas de cellulite pelvienne associés chacun à une grossesse.

Définition.

La cellulite pelvienne est un processus réactionnel vital chronique du tissu conjonctif interstitiel associé à un engorgement lymphatique plus ou moins important et occupant tout ou partie du petit bassin. Cette réaction se produit au voisinage d'une épine irritative d'origine endogène ou exogène.

Le terme de cellulite a été critiqué par Condamin, car il implique l'idée d'une inflammation. Or si dans la plupart des cas l'inflammation est le point de départ de cette altération du tissu conjonctif, celle-ci peut se produire en dehors d'elle, par exemple dans les cas de troubles circulatoires, diathésiques ou séniles du petit bassin. Il propose le terme de « fibro-conjonctivite » ou « fibro-conjonctivopathie » suivant que la réaction initiale est inflammatoire ou non ; enfin le terme « fibro » qui est associé à conjonctivite implique l'évolution des lésions dans un sens déterminé avec une marche progressive.

Stapfer définit ainsi la cellulite : « C'est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent, du tissu conjonctif qui peut se manifester partout où ce tissu existe et que le gynécologue observera plus particulièrement dans la région pelvienne. »

Mais cette définition ne représente que le premier stade de l'affection, stade qui peut être passager et disparaître soit spontanément, soit sous l'influence de facteurs agissant sur la cause qui lui a donné naissance. Mais si rien ne vient modifier ce premier stade œdémateux et congestif, les lésions évoluent progressivement vers le deuxième stade de l'affection, celui où la lésion anatomique est établie, c'est-à-dire la transformation fibreuse et la sclérose. Et alors rien ne pourra plus faire régresser cette altération. L'histophysiologie et l'anatomie pathologique du tissu conjonctif donnent des points sérieux à cette théorie évolutive de la cellulite.

Quand cette cellulite n'est pas encore au stade fibreux de son évolution il s'ensuit toujours des erreurs d'appréciation et d'interprétation ; comme nous le montrerons plus loin, grâce à quelques observations, on croit à une tumeur énorme et l'on est tout étonné de la voir fondre en peu de temps sans laisser de traces ; en particulier quand il y a une grossesse et que le risque dystocique apparaît certain, on est étonné de voir l'accouchement se terminer sans difficultés par les voies naturelles ; mais ici nous verrons que l'état gravidique joue certainement un rôle dans cette « fonte » de la tumeur cellulitique.

Étiologie.

Comme pour toutes les cellulites, on peut invoquer pour la cellulite pelvienne une prédisposition héréditaire arthritique, des troubles nutritifs ou endocriniens, mais ce ne sont là que des facteurs accessoires. Sans vouloir les négliger, il est cependant important de savoir que deux facteurs essentiels dominent tous les autres pour favoriser l'éclosion de la cellulite pelvienne :

a) l'infection,

b) les troubles circulatoires du petit bassin,

et dans la plupart des cas les deux à la fois.

Le foyer initial infectieux apparaît, en effet, comme fréquent dans la pathogénie des cellulites pelviennes. Celles-ci peuvent faire suite à une infection aiguë et représenter alors la lésion résiduelle, le reliquat d'une infection annexielle aiguë, d'une infection post-partum ou post-abortum, d'une pelvi-péritonite ; ou alors elles peuvent être la conséquence d'une infection d'emblée très atténuée : salpingo-ovarite subaiguë ou même chronique, endométrite ou métrite du col, déchirure du col, déchirure périnéale.

L'élément infectieux initial peut disparaître com-

plètement, la cellulite pourtant persistera et évoluera car elle est entretenue par les chocs humoraux et circulatoires des périodes cataméniales. D'autres causes s'y ajoutent pour gêner le drainage circulatoire et entretenir la stase pelvienne.

1° *Causes d'ordre général* : constipation, vie sédentaire, intoxications répétées, coïts trop fréquents, abus de certains sports tels que : auto, équitation, dans lesquels les organes pelviens sans cesse traumatisés réagissent en se durcissant et en créant une congestion passagère.

2° *Causes d'ordre local* : ovarite scléro-kystique, et tous les autres processus qui s'accompagnent d'une maturation accélérée des follicules, congestion passive résultant de la station debout prolongée, des déviations utérines, de l'hypertension portale.

Comme on le voit le facteur circulatoire joue un rôle de premier plan dans l'étiologie de la cellulite pelvienne, soit seul, soit le plus souvent pour entretenir les altérations provoquées par un élément infectieux. C'est que les plexus veineux utéro-ovariens sont très nombreux, ils ont de multiples anastomoses avec la circulation veineuse de la vessie et du rectum. Or pendant la vie génitale de la femme, ce riche réseau vasculaire sera soumis à des poussées congestives (molimens) répétées ; si le drainage circulatoire est altéré :

a) soit par un passé génital infectieux ;

- b) soit à la suite d'un épanchement sanguin ou séreux ;
- c) soit chez les malades porteuses d'une tumeur de l'utérus ou du col de l'utérus ;
- d) soit dans les cas de déviations utérines (prolapsus, rétroflexion),

il sera le facteur de stase pelvienne, donc de cellulite.

Comme autre cause favorisante de la cellulite, il faut faire une place toute spéciale aux traumatismes chirurgicaux. Il n'est pas rare, en effet, à la suite d'hystérectomie, de voir s'installer une cellulite pelvienne qui d'ailleurs n'est pas grave et qui guérit parfaitement par la massothérapie. Cependant, traumatisme mis à part, il faut signaler que ces opérées demeurent des prédisposées à la cellulite par déficience glandulaire.

En résumé, le facteur infectieux, les troubles circulatoires dominant l'étiologie de la cellulite pelvienne ; l'élément diathésique, les troubles nutritifs et endocriniens, le traumatisme, restent au contraire au second plan.

Anatomie. Physiologie.

Anatomie pathologique.

Pour bien comprendre le développement, l'évolution et la symptomatologie de la cellulite, il nous paraît indispensable de faire un bref rappel anatomique et physiologique du tissu conjonctif du petit bassin.

Sans entrer dans le détail de la disposition anatomique nous nous bornerons à rappeler que nous trouvons du tissu cellulaire lâche :

- autour de l'utérus où il est disposé en lacs ;
- dans le cul-de-sac antérieur vaginal, entre l'isthme et la face postérieure de la vessie ;
- dans le cul-de-sac postérieur ou cul-de-sac de Douglas, et dans la cloison recto-vaginale ;
- dans les ligaments larges, latéralement, surtout à leur base ;
- dans les ligaments utéro-sacrés jusqu'à leur insertion sur le sacrum ;
- autour du col vésical et du col utérin où il est disposé en anneaux ;
- dans les gaines hypogastriques ;
- entre la muqueuse vaginale et les parois de l'excavation ;

— enfin, en arrière du rectum se trouve une zone conjonctive riche en vaisseaux et en filets nerveux.

Ce tissu cellulaire lâche, si abondamment développé, a une fonction de soutènement des organes génitaux indiscutable précisément en raison de sa souplesse, de son élasticité, permettant ainsi à l'utérus une certaine mobilité, indispensable à son fonctionnement physiologique normal. On devine alors les conséquences de la perte de ces qualités essentielles quand il s'y développe une cellulite. Toute cette région est richement irriguée et le développement des plexus veineux est plus important que celui du réseau artériel ; ce réseau veineux est constitué par des vaisseaux qui communiquent largement entre eux soit du même côté, soit d'un côté à l'autre, créant ainsi une solidarité veineuse fonctionnelle entre les différents éléments de l'appareil génital d'une part, la vessie et le rectum d'autre part. Quand dans ce territoire vasculaire complexe, la circulation est normale et les organes génitaux indemnes, l'écoulement menstruel apparaît tous les vingt-huit jours. Mais nous devons rappeler le phénomène des « vagues utéro-ovariennes » si justement décrites par Stapfer et qui jouent un grand rôle dans la pathogénie des cellulites. Ces vagues utéro-ovariennes qui sont des poussées congestives dans le système circulatoire pelvien, correspondent aux poussées moliminaires de la ponte ovulaire et de la maturation du corps jaune. L'obser-

vation clinique suffit à les mettre en évidence : si en effet, on examine une femme génitalement saine aux différents stades du cycle menstruel, on constate qu'au début des règles le volume de l'utérus est relativement réduit, puis il augmente insensiblement de volume jusqu'au huitième jour environ pour atteindre ensuite rapidement, en trois ou quatre jours, un volume qui est parfois le double de son volume initial, en même temps le paramètre tout entier est le siège d'un empâtement diffus qui masque le volume réel des organes, change leur consistance, modifie leur rapport, traduisant ainsi l'engorgement du pelvis. C'est le premier *molimen* (correspondant à la ponte ovulaire) caractérisé par « congestion passive, engorgement, stase, œdème » selon les expressions de Stapfer. Puis à nouveau le volume de l'utérus et du paramètre diminue par disparition de la stase pelvienne et accélération du flux artériel et on arrive ainsi au quinzième jour après le début des règles, au premier *culmen*. Puis du vingtième au vingt-deuxième jour après le début des règles : deuxième *molimen* (correspondant à la maturation du corps jaune) avec les mêmes signes que le premier *molimen*. Dès le vingt-troisième ou vingt-quatrième jour, cette nouvelle poussée congestive passive disparaît à son tour, l'utérus et le paramètre reprennent leur aspect initial, c'est le deuxième *culmen* qui apparaît entre le vingt-sixième ou vingt-septième jour, la veille de l'écoulement menstruel.

En résumé : aux deux *molimens* correspondent la

stase pelvienne et l'engorgement des organes ; aux deux *culmens* correspondent la période d'activité circulatoire et de décongestion des organes. Ce rythme se reproduit chaque mois, mois lunaire de vingt-huit jours.

Si chez une femme saine, indemne de toute lésion génitale, les molimens passent inaperçus, puisqu'à chaque vague il y a *restitutio ad integrum*, il n'en est plus de même quand il s'agit d'une femme porteuse de lésions organiques : le rythme circulatoire est alors troublé et les phénomènes de stase pelvienne s'accroissent. Les molimens représentent alors une double crise périodique pendant laquelle tous les troubles s'exaspèrent : subjectivement elle se traduit par des douleurs violentes, sensation de pesanteur, de lourdeur dans le ventre et dans les lombes, symptômes de congestion vésicale et rectale, troubles digestifs, hépatiques, rénaux, troubles du psychisme ; objectivement, par une augmentation de volume de l'abdomen, les rétroversions douloureuses subissent une exacerbation, les utérus fixés paraissent plus solidement attachés, même s'ils avaient déjà été mobilisés ; les trompes et les ovaires s'œdématisent, les ligaments s'infiltrent et se contractent douloureusement, la température peut s'élever. C'est le moment où les erreurs de diagnostic sont possibles, car, pour qui n'est pas en garde contre ces transformations du paramètre et contre ces poussées, le diagnostic porté sera grave et pourra entraîner facilement une indication thérapeutique inutile et quelquefois préjudiciable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pour Stapfer, « le caractère anatomo-pathologique commun des cellulites est la dilatation des veines et le resserrement des artères altérées ou non, avec infiltration ambiante diffuse ou localisée, puis épaissement du tissu conjonctif formant des tuméfactions de volume variable depuis une tête de fœtus jusqu'à un grain de riz ».

Geoffroy Saint-Hilaire fait une distinction entre les œdèmes séreux, simple trouble de fonction, et les œdèmes fibroplastiques qui accompagnent ou précèdent les affections de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus. Mais grâce aux travaux modernes montrant qu'il ne s'agit là que de deux stades différents d'une même affection : la cellulite, cette distinction devient artificielle.

On a voulu rapprocher les petites lésions de cellulite de ce qu'on observe sous forme de tophus dans la goutte. Mais dans la cellulite, les nodosités, de volume variable, ont ceci de particulier : elles disparaissent avec la mort ou sous l'influence de pressions plus ou moins prolongées comme dans le massage.

Condamin provoque une cellulite expérimentale par la « boule d'œdème artificielle de Ranvier » et étudie les modifications histologiques de ce tissu conjonctif artificiellement œdématié. Il constate que :

- 1° les cellules fixes du tissu conjonctif, à prolongements multiples, anastomosées les unes avec

- les autres, deviennent isolées ; tout le réseau de ces cellules fixes, élément noble et plus particulièrement actif de ce tissu, se trouve rompu et dépossédé de ses fonctions physiologiques ;
- 2° les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques vont également subir des modifications du même genre ;
 - 3° il y a suppression des courants circulatoires, épanchements fragmentaires ou multiples de lymph, ou formation plus vaste et unique d'un épanchement collecté ;
 - 4° les vaisseaux sanguins et lymphatiques vont également subir des altérations profondes sous forme de péri-artérite, péri-phlébite, morcellement de la gaine de myéline ou sa rétraction sur le filet nerveux central et, comme conséquence, troubles circulatoires et trophiques qui, à leur tour, vont retentir sur la nutrition et les fonctions du tissu conjonctif.

Lagèze, dans le service du D^r Paviot à Lyon, fait dans une série de biopsies, un examen histologique des lésions observées aux différents stades de l'évolution cellulitique et la transformation définitive en tissu fibreux ; d'après cet auteur la première phase de la cellulite, c'est-à-dire la phase congestive, est caractérisée par une vaso-dilatation simple des petits vaisseaux dans le tissu conjonctif et les espaces interstitiels, mais aucune lésion bien nette ne peut être mise en évidence. Puis survient la phase exsudative :

la vaso-dilatation persiste et s'accuse encore, s'accompagnant d'un exsudat plasmatique qui dissocie les travées conjonctives et s'infiltré entre les faisceaux connectifs du tissu cellulaire.

Enfin, c'est la phase d'organisation, les ramuscules nerveux du tissu conjonctif n'échappent pas à ce processus. On voit des exsudats dans l'endonèvre bridés par la périnèvre, refouler les filets nerveux, et les tirailler avant de s'organiser comme les exsudats voisins.

Le terme ultime de ce processus est la phase fibreuse cicatricielle ; le nodule fibreux se trouve réalisé par régression totale du tissu adipeux. Les coupes présentent alors un tissu scléreux dont les faisceaux sont étroitement unis et dont les interstices ont pour la plupart disparu. Les vaisseaux sanguins présentent des lésions nettes d'endartérite et de périartérite.

En résumé, dans les lésions de cellulite il y a un bouleversement fonctionnel et une perturbation des éléments cellulaires ; tous les éléments du tissu conjonctif sont altérés : cellules fixes, vaisseaux lymphatiques et sanguins, nerfs. Le cercle vicieux est alors constitué : les vaisseaux et les nerfs altérés vont à leur tour par un fonctionnement défectueux augmenter les lésions premières et ainsi évoluera avec une progressivité fatale la transformation du tissu cellulaire en cellulite chronique.

Symptomatologie.

En général, la cellulite pelvienne est caractérisée, au point de vue fonctionnel, par le symptôme propre à toutes les cellulites : *la douleur*. Il importe de bien connaître ses caractères afin de la différencier des crises douloureuses qui répondent aux affections gynécologiques : métrite corporéale, salpingite, ovariite. Dans la cellulite pelvienne la douleur est sourde, rarement localisée en un endroit précis, elle emprunte parfois un territoire nerveux extra-pelvien, elle s'accompagne d'une sensation de pesanteur, de lourdeur, de tiraillement dans les lombes allant jusqu'à l'impression de descente et même d'issue des organes. Cette douleur offre toutes les formes : continue, intermittente, lancinante, cuisante, et tous les degrés : extrêmement vive dans certains cas, elle est nulle dans d'autres ; elle augmente à la fatigue, à la station debout prolongée, aux longues randonnées en auto, aux périodes moliminaires, jusqu'à présenter quelquefois une acuité inquiétante. Elle n'a pas d'horaire fixe et obéit surtout aux influences susceptibles d'aggraver la congestion. Cette diversité dans la douleur s'explique sans doute par le genre et le nombre de filets nerveux englobés dans l'œdème.

L'examen physique consiste dans l'exploration des culs-de-sac vaginaux : antérieur, postérieur, latéraux, des parois du pelvis, et, par le toucher rectal, de la cloison recto-vaginale car, comme nous l'avons dit, la cellulite peut siéger partout où se trouve du tissu conjonctif ; et au point où elle siège l'exploration éveillera une douleur souvent très vive. Mais quelle qu'en soit la localisation, les cellulites viscérales et pariétales ont une symptomatologie commune.

Dans le stade pré-scléreux la forme des lésions est variable : diffuses, elles n'en ont pas de précise ; localisées et volumineuses, elles se présentent sous l'aspect de tumeurs ; localisées et petites, elles épousent la forme des organes autour desquelles elles se développent. Leur consistance est dure ou molle, elle dépend à la fois de l'ancienneté de l'infiltration, des modifications histologiques, de la laxité plus ou moins grande du tissu connectif où la sérosité et les éléments figurés s'épanchent et stagnent. Ajoutons que l'infiltration molle ou dure ne garde pas l'empreinte du doigt, elle peut disparaître sous la pression à condition qu'elle soit de formation récente, mais elle ne se laisse pas creuser en godet.

Quelquefois la douleur seule existe sans modification tissulaire, sans perte de souplesse appréciable ; ainsi les douleurs rectales provoquées par l'effleurage des parois pelviennes sont pathognomoniques quand il n'y a ni rectite, ni hémorroïdes, ni fissure anale.

C'est le toucher vaginal combiné à la palpation

abdominale qui va donner tous les renseignements, à condition que cet examen soit répété quotidiennement pendant un espace inter-menstruel entier. Cela permet alors de constater le signe pathognomonique de la cellulite : l'aspect « protéique » des lésions, leurs variations à époques fixes, augmentation, diminution, disparition ; nous y reviendrons d'ailleurs à propos du diagnostic.

Après avoir indiqué les principaux signes de la cellulite pelvienne en général : douleur, tumeur, nous allons étudier ceux qui sont particuliers aux différentes localisations des lésions :

1° *La cellulite du cul-de-sac antérieur* provoque des symptômes de fausse cystite : pollakiurie, cystalgies, pas d'altération des urines. Au toucher vaginal (pratiqué après évacuation totale de la vessie) au début des lésions : sensation de gonflement diffus des tissus post-pubiens, et surtout douleurs vives sous forme d'épreintes, puis le gonflement fait place à des épaissements.

2° *La cellulite du fond utérin* forme souvent un relief transversal, une sorte de crête qu'on prend souvent pour un noyau fibromateux. De plus ce relief est douloureux, expliquant les douleurs du fond utérin dans les métrites corporeales.

3° *La cellulite postérieure* dont il faut rapprocher la douglassite de Condamin. Elle répond : en arrière, au cul-de-sac de Douglas ; en avant, soit à la paroi

postérieure du corps utérin, si elle est haut située, soit à la paroi postérieure de l'isthme et de la portion supra-vaginale du col, si elle est bas située.

Le plus généralement l'utérus est dévié de sa position normale, attiré en arrière par cette gangue cellulaire et fixé par elle : c'est la rétroversion ou rétroflexion apparemment irréductible.

Le doigt perçoit tout à fait en arrière, au fond, une infiltration plus ou moins épaisse, plus ou moins dense, souvent irrégulière, avec nodules de volume variable qui marquent le contour de l'organe.

Le toucher est douloureux, surtout si l'on s'efforce de mobiliser l'utérus pour lui rendre sa position normale ; cette mobilisation ne sera possible, sans danger, qu'après disparition de l'infiltrat par massothérapie.

Cette cellulite postérieure peut donner des douleurs et des symptômes à distance par réaction de voisinage et par voie réflexe : douleur dans la région lombaire, dans le rectum, à l'anus, spasmes douloureux du vagin ; en dehors de la sphère génitale, des troubles gastro-intestinaux, hépatiques, cardiaques, et surtout sympathico-psychiques.

4° *La cellulite du ligament large* ; il est très difficile, voire même impossible, de faire de prime abord la part de la cellulite dans les annexites chroniques, car trompes et ovaires sont perdus dans un empâtement plus ou moins volumineux, diffus ou circonscrit, véritable gangue de consistance variable. Le

massage, dans certaines conditions, sera dans ce cas d'un grand secours car il permettra de dégager les organes de cette gangue cellulaire et ainsi il sera à la fois un moyen diagnostic et thérapeutique.

5° *Les cellulites pariétales* peuvent siéger sur tout le pourtour du bassin. La douleur s'éveille dès l'introduction du doigt dans le vagin. L'examen se fait en déprimant légèrement les tissus sur le plan osseux de l'excavation pour en rechercher les altérations : gonflement œdémateux, infiltration élastique ou dure, quelques petites irrégularités. Cette localisation peut expliquer les névralgies pelviennes souvent si tenaces, en dehors de toute lésion anatomique ; le nerf hon-teux interne est le plus souvent intéressé ; sa recherche s'impose : on le trouvera entre la muqueuse vaginale et la paroi latérale de l'excavation, à droite ou à gauche, à la face interne de la branche ischio-pubienne ; normalement sensible à la pression, il devient extrêmement douloureux lorsqu'il est compris dans l'infiltrat cellulitique.

Thure Brandt, dans son ouvrage sur le « *Traitement des maladies des femmes* » sous le titre : *Œdèmes durs sur les os du bassin*, traite sans doute de cellulites pelviennes pariétales développées au contact des os du bassin, de consistance ligueuse simulant une exostose ou une tumeur osseuse, et qui se sont ramollies petit à petit sous l'influence de la massothérapie et ont fini par disparaître complètement.

Dans les observations de M. Le Lorier et de M. Fru-

hinsholz, que nous citerons plus loin, il s'agit également de cellulites pelviennes pariétales survenues chez des femmes enceintes et qui constituaient à un moment donné un risque dystocique certain.

6° *La cellulite périnéale* provoque des douleurs spontanées à la défécation, du côté du rectum, des douleurs à l'introduction de la canule et au coït du côté du vagin. Ces dernières peuvent être si vives qu'elles entretiennent un vaginisme constant et rebelle avec tension exagérée et très douloureuse des muscles releveurs. Ces malades sont le plus souvent considérées comme des psychiques ; le toucher rectal lève les doutes : il révèle une cloison recto-vaginale infiltrée et particulièrement douloureuse, ce qui n'existe pas dans le vaginisme mental.

Telles sont les différentes localisations de la cellulite pelvienne. Il est évident que ces divisions sont schématiques. L'abondance du tissu conjonctif dans les différents lacs qui communiquent entre eux, explique que ces différentes formes peuvent s'associer de manières variables créant des syndromes plus ou moins complexes.

Diagnostic.

Le diagnostic de cellulite pelvienne est souvent difficile à faire à un premier examen, étant donnés les multiples aspects qu'elle revêt tant au point de vue localisations qu'altérations anatomiques. Car un des plus grands caractères des tumeurs cellulitiques, celui que l'on peut considérer comme pathognomonique, c'est la rapidité avec laquelle elles changent de consistance et de volume ; suivant l'expression de Stapfer leur aspect est « protéique » et c'est ce caractère qui sera la pierre de touche des diagnostics différentiels. En dehors de cette variabilité sans cause apparente, elles en subissent une qui est presque constante : à certaines époques déterminées, la tumeur augmente de volume et durcit et cela correspond aux molimens, périodes pendant lesquelles tout le bassin est congestionné, comme nous l'avons vu plus haut. Parfois la tumeur se reproduit de toutes pièces si elle avait déjà disparu, pour de nouveau diminuer ou disparaître pendant les culmens. D'où, d'après Stapfer, la nécessité de pratiquer un examen quotidien pendant une période de vingt-huit jours au moins ; c'est à cette condition seulement que l'on pourra éviter des erreurs graves. D'après lui, il faut ad-

joindre à l'examen proprement dit le traitement kinésique dont le but est de fondre les œdèmes récents et ainsi on peut apprécier la part exacte de la cellulite et le volume exact des organes. Les exemples ne manquent pas dans son traité : il a vu conseiller l'opération immédiate pour une péri-salpingite prise pour une grossesse extra-utérine, conseil donné par un professeur pourtant très réservé sur les interventions chirurgicales et qu'un autre chirurgien ne trouvait pas motivé. Ils n'avaient pas examiné la femme le même jour, la tumeur s'était modifiée, d'où la différence de diagnostic.

Une autre fois il a vu deux chirurgiens préparer l'hystérectomie pour une volumineuse cellulite péri-tubaire avec fièvre, douleurs vives de la fosse iliaque droite s'irradiant dans le pli de l'aîne, la hanche et la cuisse, sans vomissement ni tension ni sensibilité du ventre. Ces phénomènes étaient attribués à une poussée de péritonite autour d'un foyer salpingien purulent. Mais tous les symptômes s'étant du jour au lendemain amendés, la famille demanda l'expectation. Quelques jours plus tard la fièvre n'avait pas reparu, le cul-de-sac reprenait sa souplesse, l'utérus se mobilisait, et bientôt tout rentra dans l'ordre.

Stapfer dit également avoir vu une infiltration péri-utérine moliminaire quadrupler le volume d'un utérus, celui-ci remontant presque jusqu'à l'ombilic. Elle aurait été certainement prise pour un fibrome par n'importe quel gynécologue examinant cette malade au moment de cette hyperplasie, et d'ailleurs Stapfer

lui-même se demandait si vraiment il n'assistait pas à l'évolution d'un fibrome ; mais à la veille des règles, l'utérus avait retrouvé sa forme et sa consistance physiologique.

Dans un article paru dans la revue *La Gynécologie* (janv. 1930), P. Petit-Dutaillis nous rapporte des exemples personnels de ces « tumeurs fantômes » très démonstratifs. En voici d'ailleurs la première observation :

« Il s'agissait d'une femme qui avait eu, disait-on, plusieurs crises d'appendicite. Sa température à 39°5, deux jours avant son entrée à l'hôpital, était tombée à 37°8 ; aucun phénomène péritonéal ; examen de la région cæcale : négatif. Par contre tuméfaction pelvienne, comme les deux poings, comblant la moitié droite de l'excavation, cimentée à sa paroi, tandis qu'elle repousse à gauche l'utérus sans lui adhérer, — bombant fortement dans le vagin —, de consistance ligneuse, sans rénitence, douleur ou œdème, à la pression, en aucun point, — saillant au-dessus de l'arcade, en dedans de la gaine des vaisseaux, sur une hauteur de 3 cm. environ. Hésitant entre un sarcome inopérable (malgré l'absence de nodules d'essaimage) et un pyosalpinx, j'incise la paroi en ce point culminant de la tuméfaction profonde, où elle semblait plus sensible, moins ferme au palper, et pénètre bientôt à longueur de doigt, sans effraction du péritoine, sans rencontrer de pus, dans un tissu lardacé, dont j'enlève un fragment, où M. Rubens-Duval ne constate ultérieurement autre chose que du tissu cellulo-graisseux en évolution inflammatoire. En treize jours, sans autre traitement que

la glace, puis des enveloppements humides, à visée plutôt psychothérapique, résorption totale de cette grosse masse à apparence de tumeur. Le quatorzième jour, la température étant à 37° et l'incision exploratrice cicatrisée, une laparotomie me permet : d'une part de constater l'intégrité du péritoine pelvien, de son sous-sol, des viscères correspondants (à part un kyste hématique de l'ovaire droit du volume d'une noix) — de l'autre d'enlever, après exérèse de cet ovaire, un appendice rétro-cæco-colique gonflé de mucus louche, point de départ probable de cette poussée de cellulite hypertrophique à disparition si rapide. Suites très simples ».

Dans le second cas signalé par P. Petit-Dutaillis, on pouvait opiner pour un néoplasme à développement rapide : il s'agissait d'une femme, accouchée depuis six semaines, sans incident noté dans les suites. Pas de fièvre, à noter seulement de pénibles sensations de pesanteur. A l'examen : tumeur fibreuse multilobée, ayant son pied dans le pelvis qu'elle remplissait sans qu'on pût dissocier utérus et annexes, s'élevant à droite, à hauteur de l'ombilic, à gauche jusque vers les fausses côtes. En l'espace de deux mois cette énorme masse était complètement résorbée ; le seul repos aidant, les viscères qu'elle englobait étaient complètement dégagés, mobilisables et avaient leurs caractères normaux. Et l'auteur de conclure : « quel triomphe pour la radiothérapie, ou la diathermie, ou la crénothérapie, ou tel procédé de thérapeutique physique (faisant allusion sans doute à la massothérapie)

si l'on en avait usé pour cette malade sans trop s'opposer aux réactions de la « nature médiatrice ».

Le troisième cas était une tumeur abdominale, mais cliniquement identique au précédent.

Dans le quatrième cas la fausse tumeur avait une consistance kystique.

Enfin, le dernier cas diffère des précédents en ce que la tuméfaction, englobant les viscères pelviens sauf la vessie, dissimulait en son centre un foyer de pus.

Ces multiples exemples démontrent l'aspect « protéique » des tumeurs cellulitiques et les erreurs auxquelles on s'expose lorsqu'on se contente de faire un seul examen pour affirmer son diagnostic.

En particulier, ce diagnostic de tumeur cellulitique est, dans certains cas, un des plus délicats à faire, avec un fibrome développé dans le ligament large ou sur les côtés de l'utérus, car ni le siège, ni la forme, ni la consistance, ni l'absence ou la présence de douleurs, ni les symptômes fonctionnels ne permettent de trancher la question. Ce sont les modifications perçues au jour le jour seules qui éclaireront le diagnostic : le fibrome ne variera pas de consistance ni de volume tandis que la tumeur cellulitique, au bout d'un certain temps, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement kinésique ou autre, aura complètement changé d'aspect : elle aura notablement diminué, se sera ramollie irrégulièrement, les points durs indiquant la présence des annexes.

Le corps de l'utérus rétro-fléchi peut quelquefois

faire croire à la présence d'une cellulite, ou inversement une cellulite méconnue faire supposer qu'il s'agit du corps de l'utérus hypertrophié et rétro-fléchi. Quand on trouve un sillon entre les deux tumeurs le diagnostic se simplifie, mais le sillon peut manquer et on ne sent qu'une masse homogène et de consistance uniforme. Ce n'est que lorsque l'œdème qui cimentait le corps utérin et la tumeur aura disparu que le sillon se creuse et que le diagnostic s'éclaire, car aucun symptôme dans ce cas ne peut indiquer la nature de la lésion. Cette résorption peut se produire soit spontanément, soit sous l'influence du massage. De plus, si l'utérus est fixé, le massage peut nous renseigner si cette fixation relève d'adhérences péritonéales ou au contraire d'adhérences cellulitiques : dans le premier cas le massage sera inefficace, dans le second cas il y aura amélioration rapide des lésions.

Le diagnostic entre une tumeur cellulitique et une tumeur stercorale n'est souvent possible que grâce à ce caractère de la première, qu'elle ne garde pas l'empreinte du doigt, tandis que la seconde se laisse déprimer et écraser. La douleur dans ce cas est un signe infidèle car parfois la tumeur cellulitique sera peu sensible à la pression, tandis que la tumeur stercorale sera le siège de vives douleurs, pouvant en imposer parfois pour un gros ovaire prolabé et œdématié.

La cellulite péri-uréthro-vésicale avec ses phénomènes douloureux vésicaux est souvent confondue avec la cystite vraie. L'échec des traitements médi-

caux antérieurement pratiqués orientera le diagnostic qui sera confirmé par le toucher révélant l'infiltration douloureuse du tissu cellulaire post-pubien.

La cellulite des parois vaginales doit être distinguée de la vaginite vraie, du vaginisme par petites affections locales vulvaires et surtout du vaginisme mental. Un interrogatoire précis et surtout l'examen, non par voie vaginale, mais par voie rectale, permettront le diagnostic. Dans le vaginisme mental, si le toucher vaginal est impossible, déterminant une douleur vive avec tension des constricteurs vulvaires, le toucher rectal ne réveillera par contre aucune douleur au niveau de la cloison recto-vaginale, douleur caractéristique de la cellulite.

Enfin, en dernier lieu, nous parlerons de ces tumeurs particulières développées au contact des os du bassin que nous assimilons, par suite de leur évolution, aux tumeurs cellulitiques, et qui font l'objet de la présente thèse. Leur diagnostic se pose avec les tumeurs osseuses ; ce n'est que par des examens répétés, en s'aidant au besoin de la massothérapie, qu'on arrive à le faire : s'il s'agit de tumeurs « fibroïdes » elles vont se mobiliser et se ramollir, contrairement aux tumeurs osseuses. C'est Thure Brandt qui, le premier, a signalé leur existence sous le nom de « œdèmes durs sur les os du bassin » ; il les a décrits grâce à quelques observations extraites de son ouvrage : *Traitement des maladies des femmes*, Berlin, 1893, et dont voici la première :

C'est en 1880, que j'ai observé pour la première fois ce genre d'œdème sur une fille de 50 ans, encore réglée. Elle était en traitement depuis quatorze jours déjà, quand elle attira mon attention sur un point douloureux. Je découvris alors, sur la face interne de l'épine sciatique, un tubercule dur empiétant un peu sur le ligament sacro-sciatique et gros comme une noix de muscade. Il était si dur et si fixé que les effleurages rectaux ne pouvaient ni le séparer, ni même le distinguer de l'os.

« La malade l'attribuait à une chute violente faite dans un escalier, plusieurs années avant. Je supposai d'abord que l'épine sciatique avait été enfoncée par un choc direct et fracturée ; mais comme cette malade avait depuis deux ans un ulcère de la langue, j'admis la possibilité d'un cancer pelvien et l'adressai à son médecin, qui d'accord avec un chirurgien réputé, lui conseillait de faire opérer le tubercule osseux le plus tôt possible. Or, l'ulcère de la langue disparut après arrachement d'une dent. Je consultai donc un gynécologue qui conseilla la continuation de mon traitement, puisque la malade s'en trouvait bien à tous égards. Une opération est chose grave, et celle-là pouvait être remise à plus tard, si elle devenait nécessaire.

« L'amélioration continua, et le 4 février 1881, le médecin de la malade constata la guérison, qui en 1890 ne s'était pas encore démentie. Je l'ai examinée et n'ai trouvé nulle trace de la tumeur ».

L'auteur cite encore quelques exemples d'œdèmes sur les os du bassin, notamment le cas d'une fille de 25 ans, assez forte, un peu bouffie, qui souffrait d'hémorragie et d'inflammation du ventre depuis plus de deux mois et avait constaté un gonflement

douloureux de la région inguinale. Brandt lui trouva deux choses différentes : d'une part, un petit exsudat à gauche près de l'arcade fémorale, tout près de la paroi osseuse, et, d'autre part, une tumeur dure sur l'épine sciatique, s'étendant sur le ligament sacro-sciatique, un peu plus grosse que celle de la précédente malade. La tumeur fut examinée par un médecin le 30 janvier et le 20 février. La première consultation datait du 16 novembre. Lors du troisième examen, la tumeur était isolée et immobilisée. Le 4 avril, elle avait disparu, mais la région œdématiée était inchangée. Le 1^{er} mai il n'y avait plus rien, et Brandt observe, au cours de ses séances successives de massage, pratiqué par voie rectale, que l'assouplissement commence par le côté contigu à l'os. De plus, on voit paraître dans les selles une grande quantité de mucosités saignantes et la muqueuse rectale au niveau de la tumeur se plisse profondément ; peu à peu la tumeur se transforme en un bourrelet mou et mobile, qu'on peut pousser en haut et en bas. Les mucosités diminuent, disparaissent ; la muqueuse reprend la consistance normale et tous les accidents s'évanouissent.

Brandt cite également le cas d'une femme qui avait un de ces tubercules durs, à peine gros comme une fève, sur la face postérieure du pubis, à l'angle supérieur. C'était une femme de 47 ans, mariée, sans enfant, soignée pour prolapsus vaginal. Par la massothérapie, au bout d'un mois : diminution et disparition de la tumeur. Même succès sur des tumeurs sem-

blables, plus grosses ou plus petites, sur la face antérieure du sacrum. A ce sujet, l'auteur fait remarquer qu'en cas de petites tumeurs, on les confond aisément avec l'ovaire fixé au sacrum. Mais une pression légère sur ce soi-disant ovaire, cause des douleurs sur la région lombaire et ces tumeurs sont tout à fait adhérentes à l'os, deux faits qu'on n'observe pas quand il s'agit d'un ovaire.

Evolution. Traitement.

Comme nous l'avons vu, les troubles circulatoires sont au premier plan dans la genèse de l'affection ; on comprend alors que des facteurs venant à les faire disparaître, c'est-à-dire à rétablir une circulation normale dans la région altérée, fassent disparaître du même coup la cellulite, du moins quand celle-ci n'a pas encore atteint son stade fibreux. Et c'est pourquoi la thérapeutique de choix préconisée par Stapfer est la kinésithérapie, mais toujours à cette condition, c'est qu'elle sera curative tant que la régression histologique, la *restitutio ad integrum* des tissus morbides est possible. De nombreuses observations, en particulier dans les thèses de Lutikoff et de M^{lle} Stuhl, montrent d'une façon très nette le bien-fondé de cette méthode de traitement qui agit sur la stase sanguine, sur les congestions pelviennes.

Cependant on voit des cellulites guérir spontanément ; mais quand elles n'ont pas de tendance à la régression spontanée, et qu'elles sont abandonnées, à elles-mêmes sans traitement, elles évoluent fatalement vers le stade fibreux et la sclérose. Cette évolution peut être extrêmement longue, les altérations peuvent persister pendant des années avec des exacerbations

et des rémissions au milieu de troubles nerveux variés, constituant ce que Stapfer appelle « la misère gynécologique ».

M. Bagot, étudiant ces cas, leur a appliqué une gamme de traitements qu'il fait varier suivant le tempérament de chaque malade : tout d'abord bonnes conditions d'hygiène et traitement psychothérapique pour leur donner un espoir de guérison, ensuite traitement général : grands bains de mer chauds, douches filiformes, exercice modéré, promenades en bateau. Comme traitement local : massage suivant la méthode de Thure Brandt, quelques mouvements de gymnastique, spondylothérapie d'Abrams, rayons infra-rouges, injections vaginales d'eau salée chaudes, abondantes, quotidiennes.

Le Dr Pouliot emploie les injections sous-cutanées de thiosinamine, rendue soluble par l'antipyrine, puis, dix minutes après, il pratique un massage, de trois à dix minutes de durée. Si ce massage est mal toléré, il le fait précéder de l'effluation de haute fréquence avec la grosse électrode vaginale de Mac Intyre. Cette effluation est plus calmante que la thiosinamine et facilite le massage. Diathermie, pansements à la boue radioactive. Enfin il déclare que la cellulite est l'indication type du traitement hydrominéral en gynécologie ; au tout premier rang : eaux chlorurées sodiques fortes et magnésiennes dont le type est Salies-de-Béarn, puis Luxeuil (eaux hyperthermiques), enfin Nérès qui convient aux algiques.

Condamin préconise également le massage, mais à

l'encontre de l'enseignement donné par Stapfer, c'est pour lui un « massage chirurgical » dirigé sur les adhérences, épaissements, rétractions du tissu conjonctif.

Comme on le voit, en dehors des tumeurs cellulitiques qui régressent spontanément, la massothérapie semble être le grand traitement de ces altérations pathologiques du tissu conjonctif pelvien à leur stade pré-scléreux. Mais le mode d'action de ce massage est complexe, il n'agit pas seulement directement sur les tissus pathologiques, Stapfer invoque également l'intervention du système nerveux. Il développe longuement cette hypothèse dans la thèse de son élève Romano où il montre que le massage modifie la structure pathologique des tissus grâce à l'intervention des divers actes réflexes auxquels il donne naissance, par la mise en jeu du système sympathique.

Cellulite fibroïde et grossesse.

OBSERVATION I (D^r Le Lorier).

(Maternité, observation 2524, année 1934).

« Mme D. R..., primipare de 22 ans, s'est présentée à ma consultation prénatale le 13 mars 1934, enceinte de 6 mois environ ; dernières règles du 31 août au 4 septembre 1933. Hauteur utérine : 24 cm. Petite tête en bas, dos à gauche, enfant vivant.

Le promontoire est accessible au loin, assez loin pour ne pas empêcher l'engagement éventuel d'un enfant de poids moyen. Mais au cours du toucher une autre particularité est constatée, à la fois moins banale et plus importante. Il existe en effet, dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur à contours arrondis, irréguliers, lobulée, de consistance inégale, mais dure, comme fibreuse ; cette masse est un peu douloureuse à la pression, elle est indépendante de l'utérus et paraît collée à l'os iliaque au voisinage de la ligne innominée sur la partie haute de l'acétabulum ; on peut la saisir entre les doigts vaginaux et la main abdominale ; grosse comme une prune, elle obstrue notablement la partie supérieure de l'excavation pelvienne. Ses contours sont nets en dehors, s'effilent et se perdent en dedans dans le voisinage de la vessie.

Aucun diagnostic ferme n'est porté à ce moment, et je la renvoie à un examen ultérieur. Il semble s'agir d'une

tumeur ayant pour point de départ et d'implantation l'os iliaque, mais je fais les plus expresses réserves quant à sa nature et quant à la menace de dystocie qui en résulte.

« Je revois cette femme seize jours plus tard ; la masse existe toujours, mais elle est beaucoup plus molle, on la mobilise plus facilement, on a à ce moment l'impression d'un deuxième utérus, mais non gravide, couché horizontalement et dont le col rudimentaire et imperforé ferait une légère saillie à la surface de la muqueuse vaginale, mais ce n'est là qu'une apparence.

« Le 19 avril, la masse a tout à fait changé de forme, de volume, de consistance, ce n'est plus qu'une induration légère, mal délimitée à travers le cul-de-sac latéral droit, le 3 mai, elle n'est plus qu'un épaissement léger de la même région, et le 17, elle a complètement disparu. A aucun moment cette femme n'a eu ni fièvre, ni douleurs spontanées dans la région incriminée.

« L'accouchement a lieu normalement le 2 juin 1934, sans aucune difficulté, l'après-part a été normal et rien ne s'est produit ultérieurement dans le cul-de-sac droit. »

L'auteur fait part de la difficulté où il se trouve d'énoncer sur ce cas un diagnostic précis ; il pense toutefois qu'il s'agit d'une cellulite torpide, d'origine indéterminée ; il la qualifie de « fibroïde », car elle n'est pas constituée par du tissu fibreux vrai, étant donnée sa disparition complète, rapide et peut-être définitive. Il rapproche ce cas d'autres cas semblables de tumeurs signalés par Thure Brandt, en dehors de la grossesse, qui ont disparu par la massothérapie et que nous avons signalés dans le chapitre : diagnostic.

OBSERVATION II (M. A. Fruhinsholz);

(*Bulletin de la Société d'Obstétr. et de Gynécologie de Paris*,
mai 1937).

« Il s'agit d'une jeune multipare qui, sans antécédents particuliers, avait déjà accouché trois fois et spontanément de trois enfants bien portants. Après le troisième accouchement remontant à trois ans il y avait eu une phlébite d'abord à gauche, puis à droite. Saison à Bagnolles-de-l'Orne, assez bon résultat fonctionnel. Cependant la jambe gauche restait moins valide que l'autre et demeurait le siège d'une plaque d'eczéma variqueux.

« Je vois cette personne à l'occasion de sa quatrième gestation, dès le début de celle-ci. Il n'y a pas de troubles fonctionnels. La plaque eczémateuse persiste. L'utérus gravide de 2 mois est en place normale. On sent, au toucher, que le paramètre gauche est épaissi et d'une dureté ligneuse. Il semble cheviller le côté gauche de l'utérus aux parois pelviennes au niveau desquelles il forme un placard très saillant et très dur. Il n'y a aucune mobilité. Légère sensibilité à la pression. Il semble que le périoste de la région acétabulaire participe à l'épaississement sans qu'on puisse délimiter nettement ce qui peut être osseux et ce qui peut être fibreux ou fibroïde. Je suis préoccupé de l'issue de l'accouchement et je doute que, sauf modification très importante, il soit possible par les voies naturelles qui donnent la sensation d'être « blindées » et partiellement obstruées. Trois mois après, il y a un léger progrès, la tumeur est moins dure et moins volumineuse.

A 7 mois de grossesse, tout épaississement a disparu. Traces d'albumine. Présentation du siège qu'on vire faci-

lement. Accouchement à terme dans de bonnes conditions. Suites favorables. »

Dans cette observation on trouve une origine à cette cellulite qui peut être considérée comme la séquelle de l'atteinte veineuse pelvienne, cette femme ayant fait une phlébite double trois ans auparavant ; cela n'a pas empêché la cellulite de se constituer, et même d'évoluer malgré la disparition du foyer infectieux initial. Il est à remarquer qu'aucun trouble fonctionnel n'a attiré l'attention de la malade et ce n'est que l'examen physique qui a permis de se rendre compte de l'altération du tissu conjonctif pelvien ; étant donnée l'évolution de cette cellulite elle peut également être étiquetée « fibroïde ».

OBSERVATION III (M. A. Fruhinsholz).

« Il s'agit d'une multipare qui, à l'occasion de son avant-dernière grossesse, a fait une phlébite double il y a environ un an. Elle semblait bien remise. Elle se présente à notre consultation enceinte de quatre mois, se plaignant de douleurs dans le ventre et dans les régions fessières. L'utérus est normal pour l'âge de la grossesse, mais il est comme maintenu éloigné du bassin et plus élevé vers l'abdomen que normalement. Au toucher, on est impressionné dès l'abord, par une sorte de rétrécissement transverse de toute la cavité pelvienne dont la lumière a nettement la forme d'une fente antéro-postérieure comme si les deux fosses ischio-rectales étaient injectées de suif. La paroi pelvienne est fortement épaissie dans toute la région

sous-jacente à la ligne innommée sans qu'on arrive à nettement séparer ce qui peut être un épaissement périosté de ce qui peut être celluleux et fibreux ; toute la zone épaissie est uniformément dure.

A gauche, c'est plutôt la région du sinus sacro-iliaque qui paraît comblée par le même épaissement dur semblant intéresser au même titre, le tissu cellulaire et le périoste pelvien. On a l'impression très nette à ce moment que le bassin serait infranchissable pour un enfant à terme. Cette malade sur la destinée de laquelle nous gardions une appréhension ne s'est pas représentée à notre consultation, mais voici les renseignements qui nous ont été donnés sur elle par sa sage-femme, Mlle Houot. A sept mois, à l'occasion d'une menace d'accouchement prématuré, la sage-femme constate que l'épaississement est encore perceptible au doigt qui touche. A terme, rupture prématurée des membranes ; l'épaississement persiste, mais moins prononcé ; la tête est expulsée en deux contractions ; à la seconde contraction on a l'impression de l'éclatement d'une poche d'où s'écoule un verre environ de liquide jaunâtre. Enfant vivant de 3.550 gr. Durant les suites de couches cette malheureuse aurait fait à nouveau une phlébite double pour laquelle elle aurait dû tenir le lit trois mois. On n'a pas refait d'examen pelvien. »

Ici également on trouve la même origine dans le développement de la cellulite : atteinte veineuse antérieure ; cependant, quoique la résorption de la masse cellulitique soit moins nette que dans le cas précédent, l'accouchement qui donnait des inquiétudes quant à sa terminaison, s'est fait spontanément, sans dystocie. On se demande ce que représente la

poche de liquide jaunâtre qui a éclaté à l'expulsion de la tête : pour l'auteur, il est possible que cela corresponde à « l'éclatement d'une collection lymphatique sur laquelle l'action ramollissante de la grossesse n'aurait pu s'exercer » ; ne s'agit-il pas plus simplement de la rupture de la poche des eaux, la première rupture des membranes s'étant effectuée sur une poche amnio-choriale ?

On pourrait rapprocher de ces trois observations de cellulite pelvienne un cas de cellulite non pelvienne rapporté par M. Le Lorier dans le même article que l'observation I et qu'il étiquette : cellulite fibroïde, thoracique, en ficelle, sous-cutanée :

« Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans que j'avais accouchée en 1930, puis en 1933 ; santé généralement excellente, beaux enfants en parfait état, rien de suspect ; elle vint me voir le 13 décembre 1934 parce qu'elle avait constaté du côté du sein gauche une gêne et une déformation. Je constatai qu'elle avait, en effet, du côté du sein gauche, presque sur le bord externe du sein, une sorte de cannelure ou de gouttière rectiligne verticale dans la station debout ; en palpant on sentait très nettement un cordon rectiligne, long de 25 à 30 cm environ, de consistance fibreuse, tendu du creux axillaire gauche à l'extrémité des dernières côtes gauches, comparable à une ficelle que l'on aurait insérée sous le tissu cellulaire sous-cutané et tendu entre les régions ci-dessus indiquées. Dans le trajet mammaire de ce cordon la peau lui était adhérente par places et si on la déplaçait on avait le phénomène de

la peau d'orange. A ses deux extrémités elle se perdait insensiblement dans le tissu environnant. Cette curieuse anomalie a été constatée à la même époque par mon collègue des Hôpitaux, M. Boltanski. La malade avait cela depuis quelques semaines et n'en éprouvait qu'un peu de gêne dans certains mouvements, où elle se sentait bridée de ce côté. Quelques jours après, une nouvelle grossesse commençait et au cours des premières semaines l'anomalie en question avait disparu sans traitement et sans laisser de trace. »

Cette observation mérite de retenir notre attention car, localisation mise à part, elle présente des caractères communs avec la cellulite pelvienne signalée dans l'observation I : même étiologie inconnue, même symptomatologie et surtout même évolution et c'est sur ce dernier point que nous voudrions insister : comme dans les cas précédents les épaisissements fibroïdes ont disparu progressivement pendant la grossesse, ce qui tend à montrer que l'état gravidique a non seulement une influence favorable locale sur les cellulites pelviennes, mais encore générale sur les autres localisations de cette modification du tissu cellulaire.

On serait tenté de donner une explication à tous ces faits. Et d'abord la grossesse a-t-elle vraiment une action sur l'évolution des cellulites ? ne s'agit-il pas là de pures coïncidences ? en l'absence de grossesse ces tumeurs ne se seraient-elles pas aussi bien résorbées ? Il semble, en regardant les choses de plus près, qu'il y ait dans la disparition graduelle des

tumeurs citées plus haut, plus que des coïncidences. On ne voit pas pourquoi une cellulite qui évolue depuis longtemps (trois ans dans l'observation II), se met à régresser brusquement, si on ne fait pas intervenir la grossesse qui semble bien jouer un rôle dans la résorption de ces tumeurs.

Par quel processus ? à ce sujet on ne peut qu'émettre de timides hypothèses, les documents anatomo-pathologiques faisant défaut et le nombre des observations n'étant pas assez important pour permettre d'en dégager des conclusions certaines.

Il semble que de nombreux facteurs interviennent dans cette évolution si favorable ; on connaît les transformations que crée dans l'organisme maternel l'état gravidique, en particulier : imbibition des tissus interstitiels par hyperémie et hydrémie (expliquant le ramollissement des fibromes pendant la grossesse), hyperactivité des glandes endocrines (notamment de l'hypophyse) et du système sympathique. Or nous avons vu que le grand facteur qui entretient la cellulite, s'il ne la crée pas, est le facteur circulatoire ; une autre cause est le dysfonctionnement glandulaire ; de plus, pendant la grossesse, les phénomènes moliminaux disparaissent. On expliquerait alors cette résorption des tumeurs cellulitiques au cours de l'état gravidique par :

- l'hyperémie et l'hydrémie ;
- l'hyperactivité endocrinienne, notamment hypophysaire ;
- l'absence de molimens congestifs.

Conclusions.

1° Il existe quelques cas rares de tumeurs pelviennes bénignes, transitoires, à peu près indolores, développées au voisinage du cadre osseux du petit bassin.

2° Leur consistance dure est comparable à celle du tissu fibreux, mais aucune biopsie n'en ayant été faite, il est impossible d'affirmer leur nature réelle. Leur évolution, leur résorption spontanée les rapprochent des exsudats cellulitiques ; la dénomination de « cellulite fibroïde » répond à ces caractères.

3° La grossesse semble activer leur disparition.

4° Leur situation endopelvienne fait craindre une dystocie grave, mais ils semblent disparaître avant la fin de la gestation. Leur véritable nature ne se révèle que par leur évolution vers la résorption totale.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIER (L.). — La cellulite (*Monde Médical*, 15 avril 1923).
- Quelle place la cellulite doit occuper en nosologie (*Monde Médical*, 1^{er} nov. 1926).
- Cellulite et troubles circulatoires (*Journal de Lucas-Championnière*, 25 décembre 1926).
- ARAN. — Clinique des maladies de l'utérus, 1852.
- BAGOT. — La cellulite pelvienne, son traitement médical par les agents physiques (*Gazette médicale de France*, 15 septembre 1927).
- BERNUTZ et GOUPIL. — Cliniques médicales sur les maladies des femmes, 1852.
- THURE BRANDT. — Traitement des maladies des femmes (traduit de l'allemand par Stapfer. Paris, Maloine, 1897).
- CONDAMIN (R.). — La fibro conjonctivite (cellulite) et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme (Vigot frères, 1931).
- FRUINSHOLZ (A.). — Cellulite fibroïde pelvienne et gestation (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, mai 1937).
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Des œdèmes abdominaux-pelviens en gynécologie (présclérose) (Thèse Paris, 1898).
- GUY LAROCHE et MEURS. — Cellulite pelvienne (Bibliothèque de la revue de médecine, Librairie Félix Alcan, Paris, 1933 « La cellulite »).
- Traitement de la cellulite (*Paris Médical*, décembre 1931).
- LAGÈZE. — Sciatique et infiltrats cellulalgiques (Thèse Lyon, 1929).

- LE LORIER (V.). — Deux observations pour servir à l'histoire des cellulites : cellulite fibroïde pelvienne, cellulite fibroïde sous-cutanée thoracique en ficelle (*Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1937).
- LUTIKOFF. — Cellulite abdomino-pelvienne (Thèse Paris, 1911).
- PETIT-DUTAILLIS (P.). — Cellulites pelviennes ou pelvi-abdominales à signalement néoplasique (*La Gynécologie*, janv. 1930).
- POULIOT (L.). — Essai de classification et de thérapeutique des cellulites pelviennes génitales chez la femme (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, octobre 1930).
- STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique, 1897.
- Massage et gymnastique dans les affections de la femme. Indications, contre-indications, dosage du traitement kinésique, 1906.
- STUHL (J.). — Contribution à l'étude de la cellulite abdomino-pelvienne et à son traitement par la kinésithérapie gynécologique (Thèse Paris, 1932).
- WETTERWALD. — Les cellulites (*Journal médical français*, septembre 1913).
- La pré-sclérose organique et son traitement manuel (2^e Congrès de Physiothérapie des médecins de langue française).